

サービスの確認

Acknowledgement of Services

申請者の氏名		ACES 受給者 ID 番号
<p>在宅・地域ベースの免除サービスは受給者の制度化を阻止するのに必要な特定の Medicaid サービスを有資格者が受給する機会を提供します。これらのサービスはメディケア・メディケイド・サービスセンターによって承認された 1915(c)Medicaid 免除サービスの元に提供されます。また当課から老人ホームでの介護を受ける資格を受け、自宅もしくは成人ファミリーホームまたは生活支援施設などの地域住居施設での生活を望む人に提供されます。</p> <p>私は自分のサービス代替案を通知され、介護施設ケアの代わりに次の在宅地域に基づく免除を受ける選択をします。</p> <p><input type="checkbox"/> COPES 免除サービス</p> <p><input type="checkbox"/> 新しい自由免除サービス</p> <p><input type="checkbox"/> COPES 管理医療オプション</p>		
受給者の署名		日付
代表者の署名	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 代表者	日付
ソーシャルワーカー・ケースマネージャーの署名		日付
機関		電話番号 (市外局番を含むこと)
<p>下記があなたの公平な審問での権利です：</p> <p>あなたが免除サービスを却下された場合。もしくはあなたの選択した免除サービスを却下された場合は公平な審問を要請する権利を有します。サービスが却下された日から 90 日のうちに審問を要請しなければなりません。あなたの地域の家庭・地域サービス課事務所、地域高齢者局に書面にてもしくは次の住所宛てに書面で公平な審問の要請をすることができます： OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>		